Série 5. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 2.

DE LA

FISSURE INTOLÉRANTE DE L'ANUS

ET DE

SON TRAITEMENT PAR L'INCISION

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 29 Novembre 1882

PAR

H. SALLES

Né au Perthus (Pyrénées-Orientales), le 26 Septembre 1853

Examinateurs de la Thèse : MM. ORÉ, *Président*
DE FLEURY.
POINSOT.
LANDE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE NOUVELLE A. BELLIER ET Cie.
16 — RUE CABIROL — 16

1882

Série 5. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 2.

DE LA

FISSURE INTOLÉRANTE DE L'ANUS

ET DE

SON TRAITEMENT PAR L'INCISION

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 29 Novembre 1882

PAR

H. SALLES

Né au Perthus (Pyrénées-Orientales), le 26 Septembre 1853

Examinateurs de la Thèse : MM. ORÉ, *Président.*
DE FLEURY.
POINSOT.
LANDE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE NOUVELLE A. BELLIER ET Cie.
16 — RUE CABIROL — 16
1882

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. DENUCÉ ..... Doyen.

PROFESSEURS :

Anatomie	MM.	BOUCHARD.
Physiologie		ORÉ.
Physique		MERGET.
Chimie		MICÉ.
Histoire naturelle		GUILLAUD.
Pathologie générale		VERGELY.
Pathologie interne		DUPUY.
Pathologie externe		AZAM.
Anatomie pathologique		COYNE.
Histologie et anatomie générale		VIAULT.
Médecine opératoire		MASSE.
Pharmacie		FIGUIER.
Thérapeutique		De FLEURY.
Hygiène		LAYET.
Médecine légale		MORACHE.
Médecine expérimentale		JOLYET.
Matière médicale		PERRENS.
Clinique médicale		PITRES.
		PICOT.
Clinique chirurgicale		DENUCÉ.
		LANELONGUE.
Clinique obstétricale		MOUSSOUS.

AGREGÉS EN EXERCICE

MM. ARNOZAN	MM. BOURSIER	MM. POINSOT
RONDOT	LEFOUR	TESTUT
LANDE	DUDON	CARLES
SOLLES	DEMONS	PÉRIER
ARMAINGAUD	GERVAIS KOYSIEWICZ	BLAREZ

MAITRES DE CONFERENCES

Physique	MM. BERGONIÉ	Histoire naturelle ...	MM. PÉRIER.
Chimie	CARLES	Accouchements	LEFOUR.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique médicale des enfants	MM.	NÉGRIÉ.
Clinique chirurgicale des enfants		BITOT.
Ophthalmologie		BADAL.
Maladies vénériennes		VENOT.
Maladies mentales		TAQUET.

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ORÉ

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A MONSIEUR COURTIN

Chef de Clinique à l'hôpital Saint-André.

A MES MAITRES

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549617_0048

DE LA

FISSURE INTOLÉRANTE DE L'ANUS

ET DE

SON TRAITEMENT PAR L'INCISION

INTRODUCTION.

L'emploi de la dilatation forcée dans les fissures de l'anus, laissant souvent ces dernières sans amélioration, nous avons voulu étudier les causes de ces insuccès si fréquents et par quel mécanisme, si la fissure disparaît, la guérison aura été obtenue.

Laissant de côté les fissures tolérantes qui n'exigent pas le traitement chirurgical et passant rapidement sur les questions pathologiques, nous avons étudié les divers procédés opératoires, comparé leurs avantages et leurs inconvénients pour laisser la supériorité à la méthode dite de l'incision.

Avant tout, nous sommes heureux de témoigner notre reconnaissance à M. le professeur Oré pour la bienveillance avec laquelle il a mis à notre disposition les résultats de ses observations personnelles. Nous prions également notre ami le Dr Courtin, chef de clinique, de recevoir pour tous ses bons conseils, nos sympathiques remercîments.

Historique

L'histoire de la fissure à l'anus comprend deux périodes : celle qui préside et celle qui suit la publication du remarquable mémoire de Boyer.

Première période. — Les anciens auteurs paraissent avoir connu la fissure à l'anus, mais aucun d'eux n'avait su ni la distinguer des autres ulcérations de l'anus, les érosions de l'herpés et de l'eczéma de cette région, etc., ni instituer un traitement méthodique.

Aétius, médecin grec, né vers la fin du V^e^ siècle, qui, le premier de tous a mentionné la fissure à l'anus, semble parler déjà de la constriction du sphincter : « at vero » fissuræ ac rimæ fiunt in sede ; quandoque in adstrictiori » parte, sive musculo adstringente ; quandoque vero in » ano, etc. » plus loin il ajoute sur le traitement : « cura- » tiones autem primum fiunt per medicamenta, dilatatœ » vero curationes indurantur, et callosœ fiunt affectiones ; » chirurgia adhibere oportet. »

Avicenne, né vers l'an 980, ne fait qu'énumérer les causes qu'il attribue à la constipation et aux hémorrhoïdes.

Albucasis conseille de gratter avec l'ongle ou le bistouri les fissures : c'était déjà presque créer l'excision des auteurs modernes.

Lemonnier, dans son traité de la fistule à l'anus et du fondement, donne des fissures une description plus complète ; il les attribue à trois causes : au passage des matières fécales, à la dyssenterie, au virus syphilitique. Quant au traitement, il n'en fait pas mention.

On peut encore citer Dionis (*Cours d'opérations de chi-*

rurgie). Copeland (*diseases of the rectum and anus*, p. 52). Sabatier dans sa médecine opératoire n'en fait qu'une simple remarque.

Deuxième période. — Avec Boyer, la fissure a sa place bien marquée dans la pathologie, avec ses caractères bien nets et fondés sur l'observation des phénomènes qui séparent la fissure anale de toutes les autres affections de cette région qui en rendaient le diagnostic très incertain.

Mais Boyer n'avait reconnu que la forme grave, la forme intolérante de Gosselin. Voyant ensuite dans la contraction spasmodique du muscle sphincter, l'élément primitif de la maladie, il avait fait de la fissure un effet, ou, pour ainsi dire, un épiphénomène.

Son plus grand mérite n'est pas d'avoir bien décrit la fissure, mais d'avoir découvert une méthode curative, je veux parler de l'incision du muscle.

Récamier imagina la dilatation forcée que Maisonneuve a perfectionnée.

Chassaignac, de son côté, créa l'écrasement linéaire.

Je citerai les travaux de Gosselin qui a voulu apporter des modifications aux anciens procédés par l'emploi de la dilatation quotidienne et l'opération mixte.

Si les opinions diverses, contraditoires, sur l'étiologie, la nature, le siège de la maladie, rendent encore l'étude de la fissure à l'anus bien obscure ; si l'accord n'est pas parfait entre les auteurs modernes sur certains côtés de la question, le traitement a atteint un haut degré de perfection.

CLASSIFICATION, DÉFINITION, ANATOMIE

Diverses classifications ont été données : avec Blandin, nous avons une classification tirée du siège de la maladie ; les fissures sus-sphinctériennes, sphinctériennes et sous-

sphinctériennes ; mais en admettant comme fissure toute ulcération ne siégeant pas sur le conduit anal, ne s'expose-t-on pas à retomber dans la confusion reprochée aux anciens?

Chassaignac se base sur l'étiologie de la fissure pour en donner une classification rationnelle :

1° Celles qui sont un accident purement local.

2° Celles qui se rattachent à une affection syphilitique constitutionnelle.

3° Celles qui s'accompagnent de contracture névralgique du sphincter.

Gosselin se base sur un des symptômes caractéristiques de la fissure pour les diviser en fissures tolérantes et intolérantes. Cette distinction est aussi heureuse au point de vue du traitement que vraie au point de vue des symptômes ; c'est celle que nous adopterons dans ce travail, laissant de côté les premières ou les fissures tolérantes, pour ne nous occuper que des secondes.

La fissure intolérante de l'anus est une maladie caractérisée par une ou plusieurs ulcérations se développant dans les plis rayonnés de la marge de l'anus, précédée le plus souvent et accompagnée d'une constipation opiniâtre et suivie d'une constriction spasmodique du sphincter, et déterminant des douleurs atroces avant, pendant et après la défécation.

La fissure à l'anus occupe des sièges différents, tantôt en avant, tantôt en arrière ; mais si l'on veut préciser davantage et chercher quelle est la place exacte qu'elle occupe le plus souvent sur le contour de l'anus, les renseignements peu nombreux ne nous permettent pas une plus grande précision. J'emprunte au mémoire de Demarquay, un relevé de 38 observations dans lesquelles la fréquence du siège est indiquée :

16 fois la fissure était à droite
14 — — à gauche
8 — — en arrière ou en avant.

On peut rencontrer des ulcérations analogues au-dessus et au-dessous du sphincter : les premières ne sont que des complications du cancer et autres tumeurs de la région. Quant aux autres, nous l'avons dit, ce sont des érosions consécutives à l'herpés ou à l'eczéma décrites sous le nom de rhagades et qui exigent surtout des soins de propreté.

Quoi qu'il en soit, cette ulcération présente les caractères suivants :

Elle est tantôt ronde, tantôt ovale et à son grand diamètre parallèle à l'axe du canal. Elle est le plus souvent cachée dans les plis de la marge de l'anus. Sa surface est d'un rouge vif, tranchant sur la couleur rosée du reste de la muqueuse ; ses bords, souples au début de la maladie, deviennent à la longue durs, calleux, taillés à pic et forment un relief sensible au toucher. Cette ulcération offre une longueur variable, elle a rarement moins de 1 centimètre et peut en mesurer jusqu'à 3 ou 4.

La fissure est quelquefois logée dans l'intervalle de deux hémorrhoïdes. Il n'est pas rare non plus de voir un tubercule hémorrhoïdal, ou une petite induration, former la racine de l'ulcération.

La fissure, généralement unique, peut être multiple ; ainsi sur 53 observations relevées par Demarquay, 6 fois elle a été double, triple ou quadruple.

Dans cet exposé anatomique, je n'ai pu indiquer que l'inspection clinique ; il n'existe pas, en effet, une seule autopsie d'individu présentant cette affection.

ÉTIOLOGIE

La fissure à l'anus est une maladie assez fréquente, puisque Royer en avait observé plus de 100 cas avant la publication de son travail. Elle se rencontre à tous les âges ; mais son maximum de fréquence a lieu de vingt à quarante ans, les enfants en sont plus rarement atteints.

L'existence de cette affection chez les enfants avait été complètement ignorée des anciens. Mais après les observations publiées par Duclos (*Thèse de Paris*), après le travail de Gauthier, de Genève, après la thèse de M. Aubry, on ne doit plus contester qu'elle ne puisse exister chez les enfants.

Les femmes y sont plus prédisposées que les hommes. Il doit en être ainsi, car toutes les causes que nous allons indiquer sont, en quelque sorte, le triste apanage de la femme.

On a dit que les personnes à profession sédentaire y étaient plus prédisposées que les autres ; cela se conçoit, car le propre de ce genre de vie est la constipation qui joue le plus grand rôle dans la production des fissures.

La syphilis a été regardée pendant longtemps comme une des causes les plus fréquentes de la fissure, mais de celle surtout qui siège au-dessous du sphincter. Faut-il admettre, avec Velpeau et Diday, que les syphilitiques en sont spécialement atteints? Il faudrait une statistique pour établir une telle opinion; il serait cependant rationnel d'admettre que la syphilis aurait pu laisser quelques traces de son passage en produisant un tissu cicatriciel qui aurait amené un rétrécissement organique.

Le coït contre nature a été rangé aussi parmi les causes de la fissure. En tout cas, c'est une cause rare, car Vidal

(de Cassis) n'a trouvé que deux femmes chez lesquelles l'origine de cette fissure fut la conséquence d'actes contre nature. D'un autre côté, M. Clarembourg (*Thèse de Paris*, 1856), qui a séjourné en Afrique, déclare ce fait excessivement rare.

Toutes les causes de congestion, d'inflammation anale doivent être considérées comme causes prédisposantes de la fissure. Ces causes seront : le pus blennorrhagique, leucorrhéïques, les lochies, la vaginite, l'herpétisme qui amèneront l'eczéma de ces parties; les affections des organes génito-urinaires qui peuvent aussi amener un état congestif de l'anus.

L'étroitesse congénitale ou acquise de l'anus, la contracture du sphincter, en s'opposant à l'issue du bol fécal, prédisposent aussi à la maladie.

Toutes les tumeurs de cette région, polypes, cancers, etc., sont aussi souvent le point de départ des fissures qui siègent surtout au-dessus du sphincter.

Mais les causes les plus fréquentes et les seules vraies sont : les hémorrhoïdes et la constipation.

Les hemorrhoïdes, en effet, rétrécissant par leur volume l'orifice anal, rendent plus difficile la sortie du bol fécal; de plus, ces hémorrhoïdes, pour peu que la muqueuse qui les recouvre soit distendue et amincie, s'ulcèrent rapidement lors du passage des matières; de là encore des fissures.

De tout temps, la constipation a été regardée comme une des grandes causes de la maladie; car, non-seulement elle la fait naître, mais encore elle l'entretient. La constipation, qui est la règle chez la femme, nous explique pourquoi cette dernière en est le plus souvent atteinte; elle agit en congestionnant la région anale et en déterminant, par suite, un frottement plus considérable sur la muqueuse lors du

passage des matières fécales qui ont perdu leur caractère de mollesse.

Enfin, la fissure est plus fréquente chez les femmes récemment accouchées, et, à l'appui de cette opinion, je laisse la parole au professeur Trousseau : « La compression que, dans les derniers temps de la grossesse, l'utérus, considérablement développé, exerce sur les parties contenues dans le petit bassin, détermine un état congestif habituel, dont les hémorrhoïdes sont la conséquence exagérée. Si vous joignez à cela que la constipation accompagne d'ordinaire aussi les derniers temps de la grossesse, vous comprendrez pourquoi les femmes, dans ces conditions, sont prédisposées aux fissures de l'anus.

Au moment du travail, alors que le fœtus, descendu sur le plancher du bassin, se présente à la vulve, le périnée est fortement poussé en avant dans les efforts que fait la femme; la peau des environs est tiraillée, et ce tiraillement qui s'étend jusqu'à l'anus, peut être tel, qu'il amène des petites déchirures, des éraillures de la membrane muqueuse qui constituent des fissures. »

Devant cet ensemble de causes, nous pourrions conclure à l'existence de deux sortes de fissures; l'une accidentelle (pédérastie, travail de l'accouchement) et l'autre, pour ainsi dire, constitutionnelle (constipation, hémorrhoïdes).

SYMPTÔMES

Il n'y a peut-être pas, dit sir J. Malyn esq., une maladie, qui soit si bien faite, pour exciter la sympathie du médecin envers le malade et pour concilier au premier l'éternelle reconnaissance du second. (*Cyclopedia of prat. Surgery*, vol. I, p. 341).

Ces quelques mots résument l'histoire de cette épouvantable affection.

La maladie débute d'une manière insensible; la défécation s'accompagne d'un peu de chaleur et de cuisson, mais quelques instants après toute sensation gênante cesse le plus souvent; la douleur peut cependant se prolonger pendant une heure, mais elle n'est pas très forte et n'empêche pas le malade de vaquer à ses affaires; mais ce calme n'est que passager. Peu de temps après, en effet, la sortie des matières, qui était encore tolérable, va s'accompagner pendant vingt minutes, une demi-heure, une heure au plus après l'expulsion des excréments, d'une douleur comparée par les malades eux-mêmes à un déchirement de l'anus. La situation de l'ulcère est telle, que le bol fécal ne peut se présenter à l'orifice anal, sans toucher le point malade. Ce contact douloureux produira la contraction réflexe du sphincter; l'ouverture se rétrécit, le frottement augmente d'autant et la douleur avec lui. Pendant que les excréments passent dans ce conduit ainsi rétréci, les malades éprouvent une sensation de brûlure analogue à celle que produirait dans l'anus la pénétration d'un fer rouge, et ont le sentiment d'une constriction annulaire comparable à celle que produirait un anneau métallique étreignant la région anale. L'angoisse est inexprimable, le malade crie, se tord, aucune position ne soulage ses souffrances, quelquefois un tremblement convulsif le saisit et il peut tomber en syncope.

Ils éprouvent, en même temps, des élancements et des pulsations analogues à ceux d'une partie enflammée, des élancements douloureux partant de la fissure se propagent vers la vessie, le cordon spermatique, le testicule, la matrice, les cuisses et les lombes. La station assise devient impossible. Boyer cite le cas d'un individu qui fut

forcé de changer d'état et d'embrasser une profession qui lui permit de travailler debout.

L'expulsion des gaz intestinaux est devenue aussi très douloureuse ; Boyer cite le cas d'une dame qui, tourmentée par le besoin de rendre les flatuosités intestinales fut astreinte à porter une sonde de gomme élastique dans le rectum.

Cette douleur n'est pas seulement augmentée par l'acte de la défécation, elle l'est aussi par une foule d'autres causes. Ainsi, les moindres mouvements, l'action de tousser, de cracher, de chanter, toute secousse, en un mot, imprimée au plancher périnéal, sont pour lui si douloureuses qu'il s'en abstient.

Tout ce qui peut surexciter le système nerveux, en accroissant la sensibilité générale, rend les douleurs plus vives : tels sont le vin, les liqueurs, le café, etc. « Voilà pourquoi, dit Boyer, les malades ne prennent qu'en tremblant une très petite quantité d'aliments, dans la crainte des douleurs qu'ils doivent endurer dans un prochain avenir, et ne mangent plus que juste pour se soutenir. »

Les besoins naturels vont de nouveau se faire sentir, le malade leur résistera pendant des semaines, quelquefois des mois entiers. Une constipation opiniâtre et une dyspepsie rebelle s'ensuivront bientôt, la douleur et l'abstinence l'épuisent ; il tombe dans un état de chloro-anémie profonde. Son système nerveux, fortement ébranlé, est dans un état d'équilibre instable. Sa faiblesse augmente d'intensité, bientôt il aura toutes les apparences d'un cachectique.

Tel est à peu près le tableau des symptômes qui caractérisent la fissure intolérante ; il faut cependant faire quelques réserves et dire que la maladie n'est pas toujours accompagnée de tout ce cortége d'accidents que je viens de signa-

ler. Tantôt il faut des mois et des années pour que les symptômes atteignent leur extrême intensité ; tantôt, au contraire, quelques semaines suffiront.

DIAGNOSTIC

Pour rendre plus facile l'étude du diagnostic, je vais rappeler, en quelques mots, les signes principaux de cette maladie. Une douleur vive, déchirante, apparaissant un peu avant et pendant les garde-robes, douleur qui cesse alors pendant un temps plus ou moins long, pour reparaître ensuite avec une plus grande intensité, et cette fois avec une sensation de brûlure au fer rouge. Constipation opiniâtre avec selles dures, pelotonnées, rares, recouvertes dans certains cas de stries sanguinolentes, constriction du muscle sphincter plus ou moins prononcée ; ulcération étroite, allongée, à bords calleux quand elle est ancienne, très souvent unique, quelquefois multiple, siégeant surtout sur les parois latérales de l'orifice anal. Tel est, à peu près, le tableau des symptômes offerts par la fissure.

Si l'on veut confirmer le diagnostic par la vue, on le peut souvent sans tâtonnements ni manœuvres indécises, en écartant doucement les plis de l'anus au niveau du point douloureux. Il y a quelque intérêt à voir l'ulcère, pour mieux le différencier des autres affections de la région avec lesquelles on pourrait le confondre.

Plusieurs procédés d'examen ont été donnés : la position habituelle sur le côté est la meilleure pour pratiquer l'examen. Pendant que le malade soulève avec la main la fesse supérieure, avec l'index et le pouce on entr'ouvre doucement l'anus, en disant au malade de pousser comme pour aller à la selle. Mais cette méthode si simple est sou-

vent infidèle, provoque un redoublement de douleur; le muscle entre en contracture et l'orifice anal de plus en plus resserré, s'enfonce plus profondément dans l'espace interfessier.

Pour parer à ces inconvénients; Curling donne du chloroforme et se sert du spéculum. Ce serait bien commode, si cet agent anesthésique n'était pas contre-indiqué dans ces sortes d'affections.

Chassaignac nous donne son procédé qui semble devoir être précieux: « une vessie de caoutchouc du volume d'une petite pomme, mais qu'on introduit facilement lorsqu'elle est vide et reployée sur elle-même est introduite dans la cavité de l'intestin. C'est alors qu'on insuffle la petite poche, puis au moyen de la tige creuse par laquelle elle se termine, on exerce des tractions qui ont pour effet de renverser la muqueuse et d'attirer au dehors les tumeurs ou ulcérations présentes à la paroi interne de l'intestin. »

Se basant sur ce fait déjà signalé par Boyer, que si l'on promène le bout du doigt sur la circonférence de l'anus, même à distance de l'orifice, cette pression indirecte détermine une douleur poignante lorsqu'elle est exercée au niveau de la fissure; Guyon a proposé de déplisser la paroi opposée, et, le doigt enduit de cérat, de le glisser le long de cette paroi comme dans une gouttière.

Le siège de l'ulcération reconnu, il s'agira de ne pas la confondre avec les maladies de la région offrant des caractères presque identiques, passons-les en revue.

Rhagades. — Ce sont de petites ulcérations allongées, qui accompagnent l'eczéma et logées dans les plis rayonnés de la marge de l'anus. Ces ulcérations sont étroites et allongées comme la fissure, mais elles sont multiples et ne s'accompagnent presque jamais de douleur. La marche de

la maladie est essentiellement différente : car, tandis que l'une guérit très rarement seule, la rhagade paraît pour disparaître avec assez de rapidité et cède, dit Gosselin, aux soins de propreté et aux pansements de vin aromatique.

Chancre. — Dans sa période de progrès, le chancre présente une physionomie qui lui est propre. La solution de continuité est large, grisâtre, supportée presque toujours par un condylome. Le fond de l'ulcération est parsemé de points noirâtres et recouvert d'un pus sanieux et abondant. Il est plutôt situé en avant qu'en arrière ou latéralement. Ce fait ne saurait être très important, la fissure pouvant occuper aussi cette place. On a de plus, et symptôme important, l'engorgement douloureux des ganglions et les renseignements apportés par le malade.

Le chancre parvenu à la période de réparation peut se rétrécir et devenir fissuriforme. La douleur est, en général, moins violente que dans la fissure, mais les caractères physiques sont absolument les mêmes et si les signes de la syphilis constitutionnelle ne viennent pas lever les doutes, l'erreur est inévitable.

Gosselin raconte qu'à l'hôpital de Lourcine, une femme ayant opiniâtrement nié s'être exposée à contracter la maladie vénérienne du côté de l'anus, fut soumise à la dilatation forcée. Un chancre phagédénique apparut à la suite de l'opération et la malade avoua plus tard s'être livrée à des actes contre nature.

Névralgie. — La névralgie de l'anus est une maladie excessivement rare. Gosselin dit ne l'avoir rencontrée que deux fois. Allingham dit l'avoir rencontrée aussi rarement. Les symptômes fonctionnels sont à peu près les mêmes que ceux de la fissure : les accès sont périodiques, mais ne sont pas intimement liés à l'acte de la défécation. Enfin,

signe essentiel, l'examen de l'anus ne laisse découvrir aucune ulcération.

PHÉNOMÈNES SYMPATHIQUES

Le diagnostic de cette maladie, quoique présentant des symptômes si nets, offre souvent de bien grandes difficultés.

« Parmi les personnes qui se sont adressées à moi, dit » Boyer, le plus grand nombre avaient eu recours à plu- » sieurs personnes de l'art, chez la plupart, le mal avait » été méconnu; les uns l'avaient attribué à une maladie » de foie, les autres à une cause herpétique, et chez un » malade en particulier, un médecin avait accusé une trop » grande incurvation du coccyx. »

Si cette affection offre parfois des difficultés si grandes à être reconnue, c'est que la fissure à l'anus détermine parfois des troubles si profonds dans d'autres points de l'économie, que le médecin le plus expérimenté peut s'y laisser prendre un instant. Il est donc utile de signaler ces causes d'erreur en traitant des phénomènes sympathiques.

Des symptômes de voisinage se montrent tout d'abord, et ils sont quelquefois tellement marqués, que le malade portant ailleurs le siège de la maladie, concourt à induire le médecin en erreur. Du côté des organes génito-urinaires, on pourra trouver de la rétention d'urine et de la dysurie, etc.

Vidal a vu une femme qui indiquait comme siège de la douleur le milieu de la région lombaire, une autre avait des douleurs dans la face qui lui faisaient serrer les dents, comme si elle avait le trismus.

La fièvre peut exister jusqu'au point de simuler une infection typhoïde. Jobert cite le cas de la femme d'un

président de la cour d'Orléans qui, à l'occasion d'une fissure à l'anus, avait éprouvé tous les symptômes d'une fièvre typhoïde.

Masson cite, dans sa thèse, une observation qui prouve que les troubles nerveux peuvent être si profonds qu'ils peuvent aller jusqu'à la folie. « Esquirol et Marjolin furent » appelés un jour près d'une dame qui se livrait à toutes » les extravagances, et était, disait-on, atteinte de folie. Ces » deux maîtres reconnaissent sa folie et sont d'avis de la » faire mettre dans une maison spéciale; ils allaient sortir » lorsque la bonne leur dit que sa maîtresse souffrait hor- » riblement toutes les fois qu'elle allait à la selle. La malade » est examinée et on découvre une fissure à l'anus; on » l'opère, et à la surprise générale, la malade recouvre la » raison. »

Nous avons déjà parlé de ces phénomènes dus à la diète prolongée à laquelle se soumettent les fissuraires, phénomènes qui peuvent encore concourir à induire le médecin en erreur et contre lesquels il faudra qu'il se tienne en garde. Je veux parler de la faiblesse extrême des fissuraires et de leur état cachectique.

Je crois utile d'exposer dans ce chapitre les symptômes particuliers que présente la fissure à l'anus chez les enfants à la mamelle.

Ici, c'est toujours la constipation qui ouvre la scène avec des symptômes généraux plus marqués que chez l'adulte. Ces symptômes généraux sont les suivants : changement dans le caractère, céphalagie intense, délire accompagné de fièvre, agitation, quelquefois convulsions, vomissements, amaigrissement rapide, etc. Tous ces symptômes feront plutôt croire à une méningite qu'à une fissure anale. La douleur ne revêt pas, chez lui, la même intensité que chez l'adulte et n'a pas une aussi longue durée; la constriction

du sphincter serait également plus faible. C'est la constipation, d'après Gauthier, qui jouerait le plus grand rôle dans la production de la fissure : « Toutes les fois qu'un enfant nouveau-né ne va pas chaque jour à la garde-robe, on peut être à peu près certain de trouver, en l'examinant, une ou plusieurs gerçures à la marge de l'anus ; une constriction plus ou moins énergique du sphincter et au-dessus de l'orifice des matières dures, qui n'attendent que le moment où l'obstacle sera levé pour faire issue au dehors. »

Explication de la douleur dans la fissure.

Résoudre la question serait un problème difficile, aussi me contenterai-je de citer les auteurs.

Demarquay divise les douleurs en deux périodes : 1° celles qui se produisent pendant la défécation ; 2° celles qui la suivent. Les premières sont dues au passage des matières qui, par leur volume et leur dureté, viennent irriter la partie malade.

Mais comment expliquer les douleurs atroces qui surviennent après la défécation pour durer quelquefois pendant 5 à 6 heures. Celles-ci paraissent tenir à la contracture elle-même. En effet, la muqueuse excitée fait contracter le sphincter ; dès lors, les plis de l'anus sont fortement augmentés, la fissure qui se trouve au fond de ces plis a ses bords douloureusement comprimés d'où la souffrance jusqu'à ce que l'excitation ait cessé d'agir.

M. Auclère donne dans sa thèse la théorie suivante : « Le renouvellement de la douleur nous paraît devoir être rapporté à la fluxion lente et graduelle qui se produit dans la région anale, fluxion déterminée par l'irritation que provoque le contact des matières fécales sur le fond de la fissure. » Thèse de Paris, 1846.

D'un autre côté, l'innervation si riche de cette région pourrait nous fournir une explication aussi plausible. La partie inférieure du rectum et de l'anus est très fournie en branches provenant des plexus sacrés antérieurs et postérieurs et plus spécialement du nerf honteux. Ces nerfs envoient de nombreux filets à travers les fibres des sphincters et immédiatement au-dessous de la membrane muqueuse, par suite une ulcération même très superficielle mettra à nu des nerfs, et le moindre contact des matières fécales, la contraction ou la dilatation physiologique du sphincter causeront une douleur très intense. Le passage suivant des maladies du rectum d'Allingham pourra servir de point d'appui à cette opinion. « Il suffit, dit ce chirurgien, de passer, même très légèrement, le bistouri à la surface de l'ulcère, si on choisit le bon endroit, pour sectionner le nerf mis à nu et faire cesser la douleur pendant un temps ; mais le muscle situé au-dessous, qui est irrité et hypertrophié, empêche par ses mouvements l'ulcération de cicatriser et la douleur reparaît très vite. »

Mais la plus grande cause de la douleur dans la fissure, celle que tous les auteurs se plaisent à reconnaître comme la vraie cause, est la constriction spasmodique du sphincter. Cette contracture du muscle, admise de tout temps, puisque Aétius en fait mention, doit nous arrêter un instant. Son étude est d'une importance capitale, puisque c'est du rôle qu'on lui attribue que dépend le traitement.

Mais cette constriction spasmodique, qui a donné lieu à tant de discussions et d'interprétations, existe-t-elle réellement? Dans ces derniers temps, M. Gosselin, après s'être livré à d'actives recherches, en est arrivé à douter presque de son existence « Pour moi, en un mot, le sphincter contribue à la douleur de la fissure, principale-

ment par la tonicité normale et l'état d'occlusion permanente dans lequel il maintient l'anus. » Il ne nie pas qu'elle ne puisse se rencontrer dans la période des crises, mais il n'aurait jamais rencontré de différences autres que celles apportées par l'âge. Il ne m'appartient par d'interprêter les idées d'un tel maître ; toutefois, m'abritant sous l'autorité de Boyer, Dupuytren, Velpeau, Trousseau, Laugier, je croirai à l'existence de la contraction spasmodique.

Est-elle primitive ou n'est-elle que secondaire ? de là deux opinions. L'une affirme qu'il y a d'abord état spasmodique de l'anus, resserrement de cet orifice qui précéderaient et causeraient la fissure ; l'autre que la gerçure existant d'abord amène sous l'influence d'irritations diverses le resserrement spasmodique de l'anus.

Boyer s'appuyait sur ce qu'il n'avait jamais vu de fissures qui ne fussent accompagnées de la constriction du sphincter, tandis que plusieurs fois il avait observé tous les symptômes caractéristiques de la fissure, sans avoir trouvé rien autre chose que cette constriction, pour faire de la fissure une conséquence de la contraction. La première de ces propositions est fausse et la deuxième au moins trop absolue. La raison qu'il tirait du succès de son traitement (naturam morborum ostendunt curationes) pour qu'elle fut irréfutable, il faudrait que la fissure ne guérit jamais autrement. Or, Trousseau a montré le contraire ; mais il est tombé, à son tour, dans l'erreur, en affirmant que la contraction n'était rien et que l'ulcère était tout et que c'était par conséquent sa surface qu'il s'agissait seulement de modifier.

L'opinion de Velpeau est généralement acceptée aujourd'hui, elle rend compte de tous les faits.

Pour cet illustre chirurgien, la constriction du sphincter et la fissure peuvent être considérées comme deux maladies

indépendantes ; quelquefois la constriction pouvant précéder la fissure et contribuer à la faire naître, mais le plus souvent ne venant qu'après elle, et produite par elle, sous l'influence d'une irritation qui aurait son point de départ dans la fissure.

Cette constriction du sphincter a lieu, du reste, par une foule de causes et n'est pas spéciale à la fissure. On la voit, en effet, se produire dans les hémorrhoïdes, les tumeurs de tout genre, les polypes du rectum. Une lésion physique est toujours là pour lui donner naissance ; ici c'est la fissure qui agit ; irritée par le contact des matières fécales, elle détermine par action réflexe la contraction du sphincter.

Ce qui prouve, du reste, que la fissure est primitive, c'est que, chaque fois que l'on peut, par une médication quelconque, diminuer la sensibilité de la gerçure, les douleurs et la contraction spasmodique diminuent : d'ailleurs, si cette contraction produisait la fissure, elle ne devrait jamais faire défaut. Nous avons déjà vu que chez l'enfant le spasme sphinctérien pouvait ne pas exister, et que les fissures tolérantes ont pour caractère de n'être pas accompagnées de contracture.

Marche, durée, pronostic.

Quelle qu'en soit la cause, la fissure à l'anus, au début, n'est qu'une simple déchirure et ne s'accompagne pas de symptômes bien prononcés en général. Mais, après un temps plus ou moins long, selon les sujets, cette fissure passe à l'état chronique et ne tend pas à disparaître. La durée sera donc indéterminée ; on voit des individus porteurs de fissures qui, soit par pudeur, soit par crainte d'une opération quelconque, les gardent des années

entières et si on n'intervient pas, elle ne fera que s'aggraver avec le temps.

La fissure à l'anus est une maladie sérieuse, tant par les douleurs atroces qu'elle détermine, que par l'état de chloro-anémie qui en est une suite presque inévitable. Nous savons de plus quels troubles profonds elle peut apporter dans les fonctions du système nerveux, puisqu'elle mène à l'hypocondrie, à la folie et pousse au suicide. C'est donc une maladie importante et qu'il faut traiter dès le début, puisque sa gravité augmente avec le temps.

Traitement.

La fissure intolérante, dit Velpeau, depuis qu'on l'observe, n'a jamais guéri d'elle-même. Il faut donc agir, car l'état des malades n'est point de ceux auxquels on se résigne. Mais que faire? C'est ici que l'imagination des médecins et des chirurgiens s'est donné libre carrière. Chacun a sa manière de comprendre la maladie, et partant, son moyen de la traiter. Boyer qui croyait la contraction primitive et cause de la fissure, préconisait l'incision. Trousseau, voyant dans la fissure la maladie et dans la contracture un phénomène, ne se servait que d'agents thérapeutiques.

Pour nous, que la constriction précède ou suive la fissure, il n'en est pas moins vrai que cette contracture devient la cause principale de l'entretien de l'ulcère qui, raclé, tiraillé et pressé à chaque défécation et à chaque crise ne peut guérir dans de telles conditions. Ce qu'il faut, dit Allingham, c'est assurer à l'ulcère une période de repos suffisante pour lui permettre de se cicatriser. Que le sphincter s'oppose à ce résultat d'une façon ou d'une

autre, peu importe : on ne peut l'empêcher de nuire, qu'en le mettant temporairement dans un état de relâchement forcé.

Deux méthodes sont entre nos mains pour atteindre ce résultat : la dilatation et la méthode sanglante.

Il y a bien cependant des cas de guérison obtenus à l'aide d'agents médicaux, et je ne parlerai que des plus importants. Beclard cautérisait l'ulcère avec l'azotate d'argent et faisait en même temps des onctions d'extrait de belladone autour du sphincter. Trousseau a préconisé la ratanhia qu'il a remplacée plus tard par le sulfate de cuivre; mais il faut reconnaître que le traitement le plus rationnel et le plus soigneusement suivi échoue sauf dans des cas très favorables. Voici d'ailleurs quelques paroles de Trousseau qui viennent à l'appui de cette assertion : « J'ai obtenu des guérisons de fissures très douloureuses, » j'en ai guéri qui étaient profondes et à bords calleux; » leur guérison, il est vrai, a été lente, et, entre autres » exemples, je pourrai vous citer celui d'une femme de » ma clientèle, qui, ayant refusé de se soumettre à une » opération chirurgicale, guérit après avoir employé la » ratanhia pendant une année. Assurément, c'était ache- » ter cher la guérison, et certes, dans des cas pareils, je » serais le premier à conseiller l'opération. » Ce traitement était surtout appliqué à la fissure tolérante, témoin ce passage de ses cliniques où il parle de fissures, que le hasard seul lui faisait connaître, les malades ne s'en plaignant pas.

Dilatation.

La dilatation peut être lente ou brusque.

Lente. — Elle consiste à introduire tous les jours des mèches de plus en plus grosses et induites d'une pommade

quelconque. Velpeau recommande de les porter rapidement au plus grand volume possible, quelle que soit la résistance des sphincters. La douleur est excessivement vive et exige un traitement trop prolongé. M. Gosselin s'est servi de cette dilatation quotidienne pour les fissures récidivantes, rebelles à tout traitement. Elle doit être aussi d'une grande utilité dans les cas où le sphincter serait chargé de tumeurs hémorroïdales volumineuses.

M. le professeur Oré a employé ce procédé, qui entre ses mains a donné un résultat parfait dans un cas de fissure ayant récidivé après l'emploi de la dilatation brusque.

Observation. — X... âgé de quarante-cinq ans, curé dans le Lot-et-Garonne, entre à l'hôpital Saint-André au mois de juin de l'année 1876 ~~dans le~~ service de feu le docteur Labat. Il accuse des douleurs fort vives à l'anus, en l'examinant, on découvre, en effet, une ulcération qui rend compte des douleurs atroces qu'il ressent durant l'examen.

M. Labat fit prendre une purgation et des lavements laxatifs la veille de l'opération. Anesthésie par le chloroforme, dilatation énergique faite par le chirurgien dans le sens transversal et dans le sens postéro-antérieur. Cette dilatation fut faite avec tout le soin possible, la force déployée fut très grande, quoique le sphincter grâce à une anesthésie complète ne résistât guère et M. Labat n'abandonna son malade qu'après avoir senti sous ses doigts, les fibres du sphincter externe se rompre. Pas de complications du côté de l'anus. — Au moment du réveil l'opéré accuse une sensation douloureuse très vive qui partant de l'anus s'irradiait dans la fosse iliaque, le périnée et les lombes. Le malade demande à être soulagé et on essaie l'emploi de suppositoires opiacés et belladonés ; mais rien ne peut atténuer cette douleur qu'il déclare insupportable. Il quitte l'hôpital au bout d'une dizaine de jours sans amélioration aucune. Pendant de longs mois, il ne put reprendre ses occupations ; il consulte son médecin qui croit à un début de cancer du rectum. M. Oré qu'il vint consulter cinq mois après l'opération, pratique très attentivement l'examen de l'anus et du

rectum et ne découvre rien si ce n'est une constriction très énergique du sphincter externe et du sphincter supérieur. La muqueuse est lisse et ne saigne pas. M. Oré fait de la dilatation progressive au moyen de grosses bougies en caoutchouc et ce n'est qu'après un mois de ce traitement que ce prêtre put reprendre ses fonctions.

Cette observation est intéressante à deux points de vue, à cause de l'atonie musculaire prononcée provoquée par l'anesthésie et à cause de sa récidive.

Les mèches que l'on introduit quotidiennement dans l'anus paraissent agir en forçant la fissure à se tenir étalée, en prévenant les déchirures perpétuelles, en empêchant les humidités irritantes de s'arrêter à sa surface et de s'étaler entre ses bords (Velpeau). Peut-être ne seront-elles pas sans influence sur le sphincter, qui, dans cet état de distension continue, doit, comme tous les muscles, perdre son ressort.

Dilatation forcée. — Récamier voyant l'extension, le massage et la percussion cadencée, lui réussir si bien pour la contracture des membres, eût l'idée de l'employer pour le sphincter anal et voici comment il procéda : il introduisait un doigt dans l'anus, puis deux, puis trois, enfin tous les doigts à l'exception du pouce, avec lequel il massait le sphincter, en s'aidant de sa main libre jusqu'à ce que, dit Allingham, le muscle fort induré auparavant, devienne mou comme une tranche de bœuf bien battue. La contracture cédant, il poussait alors sa main tout entière dans le rectum, fermait le poing et le retirait brusquement. Quelques gouttes de sang se montraient, l'anus était contus et ecchymosé, phénomènes qui n'avaient rien d'effrayant et le malade était guéri sur l'heure.

Cette méthode souleva d'abord fort peu d'enthousiasme; lorsque en 1846, Maisonneuve s'empara de cette méthode

en la transformant au point que le procédé entre ses mains devint presque élégant.

On donne aux malades, quelques heures avant l'opération, un lavement; car il y a généralement chez les fissuraires un amas considérable de matières fécales dans le rectum. On endort le malade avec le chloroforme pour prévenir la douleur et les mouvements. On le place sur le bord de son lit, comme pour l'opération de la fistule à l'anus. Le chirurgien introduit alors dans le rectum l'index de la main gauche graissé de cérat (si le malade est sur le côté gauche) et l'enfonce de façon à dépasser l'anneau sphinctérien dans sa limite supérieure. Il tourne alors le doigt dont il place la face palmaire en contact avec la muqueuse anale.

L'index de la main droite, graissé de cérat, glissant sur le premier, est introduit à son tour dans le rectum, on fait alors toucher les deux doigts par leur face dorsale, leur face palmaire étant en rapport avec la muqueuse anale. Le chirurgien recourbe ses deux doigts, de façon à saisir solidement le sphincter, il les écarte progressivement jusqu'à ce qu'il ait obtenu une sensation de déchirure analogue à celle que l'on éprouve, lorsqu'on tiraille un muscle dans le sens de sa longueur. La dilatation effectuée dans le sens transversal, il amène ses doigts l'un en avant et l'autre en arrière, et dilate dans le sens antéro-postérieur.

Dans les cas heureux, il n'y a pas de pansement à faire, après quelques heures de repos, le malade peut marcher. La douleur persiste de huit à dix heures ; et l'incontinence des matières fécales persiste de huit à dix jours.

Chose remarquable, dit Gosselin, que l'ampliation qu'on donne à cette ouverture et la facilité avec laquelle on aperçoit l'extrémité supérieure de la fissure et les plis de la muqueuse rectale qui tendent à s'échapper. Mais dès que

les doigts sont ôtés, le sphincter conserve assez de tonicité pour que rien ne sorte.

Telle est la méthode que Maisonneuve proposa à la Société de chirurgie, en 1849. Au premier abord, la méthode de Récanier offre tous les avantages de celle de Boyer, sans en offrir les inconvénients. Elle relâche le sphincter, elle modifie la surface de l'ulcère, qui se déchirant et saignant, se transforme en une plaie simple. En outre, elle n'exige aucun traitement, son manuel opératoire est très simple et ne demande aucun pansement, ni régime consécutif.

Mais plusieurs points obscurcissent ce tableau séduisant : lorsque les deux doigts introduits dans l'anus, on procède à la dilatation transversale, on prend comme point de repère, les ischions ; mais souvent cette dilatation obtenue après de grands efforts, n'a pas donné au doigt cette sensation de déchirure ; ou si on l'a éprouvée, elle sera souvent dûe, non à la rupture multiple des fibres du sphincter, mais simplement à la rupture des brides de la fissure ; de telle façon qu'on a exposé le malade à toutes lés complications de la dilatation et on se trouve n'avoir rien fait.

Ce qui prouve que cette déchirure n'a pas souvent lieu, c'est que cette paralysie provisoire du muscle que l'on veut obtenir n'existe pas : Si le lendemain ou le surlendemain, dit Laugier, vous introduisez le doigt dans l'anus et si vous dites au malade de pousser, on remarque que le doigt est comprimé ; or, il faudrait que cette paralysie nécessaire à la guérison persistât au moins, pendant quinze jours, dans le cas de fissures anciennes, sans quoi le sphincter venant de nouveau comprimer les bords de la fissure, réveillera la douleur et avec elle la contracture sphinctérienne. Les récidives seront donc très fréquentes,

tous ceux qui ont employé ce procédé opératoire reconnaissent avoir vu souvent la fissure récidiver et surtout chez les femmes.

Cette fréquence des récidives, après l'emploi de la dilatation forcée, pourrait encore trouver son explication dans l'usage que font les chirurgiens du chloroforme sur les malades qu'ils vont opérer, afin de leur épargner les douleurs vives provoquées par la dilatation. Le poison anesthésique, a déjà fait perdre au muscle toute sa contracture et a déterminé sur lui un relâchement si considérable, et chez les femmes surtout, que la dilatation, même extrême et forcée, se fait sans difficulté et ne s'accompagne pas de la rupture des fibres musculaires qui est, nous l'avons vu, absolument nécessaire à la guérison. C'est ce fait que M. Courty a constaté avec une telle fréquence qu'il a renoncé au chloroforme dans le traitement des fissures anales, fissures contre lesquelles il emploie la dilatation forcée.

Quand ce ne seront pas des résultats négatifs que l'on obtiendra par ce procédé, des accidents nombreux pourront survenir : souvent au lieu d'une fissure que l'on veut mettre dans de bonnes conditions de cicatrisation, la dilatation produit la déchirure de la membrane muqueuse dans une étendue considérable, des éraillures ou d'autres fissures dans d'autres points de l'orifice anal.

Les cas d'hémorrhagie sont assez fréquents, Allingham en a eu. Masson, de son côté, dans sa thèse, cite le cas d'une femme de soixante et un ans, qui, atteinte d'une fissure à l'anus, fut traitée par le professeur Jobert, par des cautérisations au fer rouge, quelque temps après, les douleurs reparurent avec une telle intensité que la malade ne pouvant se tenir debout, était obligée de rester au lit. L'examen de l'anus fit voir une fissure superficielle d'une

longueur de 1 centimètre environ, accompagnée d'une faible constriction du sphincter. Broca pratiqua une première fois la dilatation forcée qui réussit habituellement dans ces ulcères superficiels s'accompagnant de peu de contracture. La malade, ressentit, après l'opération, une très vive douleur qui dura quelques heures; mais cette douleur finit par se calmer et, pendant quelques jours, elle disparut complétement. Mais cette amélioration ne dura pas, car les souffrances revinrent aussi vives.

Broca essaya une deuxième fois la dilatation forcée, il se produisit une hémorrhagie si abondante qu'elle dura toute la journée, toute la nuit et n'avait pas cessé le lendemain à la visite. Pendant trois jours la malade souffrit horriblement et eût la fièvre pendant vingt-quatre heures. J'ai cru cette observation assez intéressante pour lui donner place dans ce travail en raison de l'âge de la malade, de la récidive et des accidents hémorrhagiques qu'avait déterminés l'opération.

D'autres accidents plus graves pourront encore survenir; et en effet, si la solide résistance du détroit inférieur du bassin dans le sens transversal met bon ordre aux emportements intempestifs de la dilatation, il n'en sera pas de même dans le sens antéro-postérieur, attendu que si en avant, l'arcade pubienne est une sécurité; en arrière la mobilité du coccyx, son articulation anguleuse chez quelques sujets, sa forme pointue peuvent donner lieu à des froissements qui pourraient expliquer les accidents survenus à la suite de la dilatation.

Ces accidents sont nombreux : nous savons, en effet, qu'après la dilatation, il existe une contusion du muscle et une ecchymose facilement reconnaissable à ses diverses nuances de coloration. Cette ecchymose, dit Lenoir, devient quelquefois le siège d'un travail inflammatoire considérable

et se convertit en abcès. Le même auteur cite le danger de voir se produire le thrombus du pourtour de l'anus, et voilà pourquoi, après la dilatation il introduisait temporairement une mèche assez volumineuse dans l'orifice anal.

Demarquay et Lenoir craignaient également que de telles manœuvres pratiquées dans une région ou les veines sont habituellement malades, ne fussent le point de départ d'une inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire périphérique de l'anus et des parties voisines, d'une phlébite même. Cette crainte était si fondée que les bulletins de la Société de chirurgie avaient à noter trois cas de phlegmons consécutifs à ces manœuvres.

Il est une autre raison, et ce n'est pas la moins importante, qui milite contre la dilatation : je veux parler des effets du chloroforme.

Son emploi est absolument nécessaire à cause des douleurs horribles que devrait supporter le malade. C'est cette douleur atroce, plus encore que la brutalité des manœuvres, qui empêcha d'abord le succès de l'invention de Récamier.

Quand Maisonneuve ressuscita le procédé, l'anesthésie venait d'apparaître : chloroforme et dilatation se donnèrent la main. Malheureusement, des accidents mortels ont résulté de l'emploi de cet agent anesthésique dans le traitement des fissures. « Il n'est pas rare, en effet, dit Guyon, de voir des malades, destinés à être opérés d'une fissure anale, présenter des phénomènes alarmants, alors que la quantité de chloroforme absorbé a été minime et la marche des symptômes très normale. » (*Gaz. med.*, 11 mars 1876.)

Le 23 avril 1874, dans une salle de l'hôpital Beaujon, M. Lefort dilata un homme atteint de fissure anale ; il l'avait préalablement chloroformé. Il allait quitter son opéré, lorsque tout à coup celui-ci eut une syncope et mourut, quoi qu'on fit pour le ranimer.

Dolbeau cite des cas analogues.

Potain et Nicaise relèvent les mêmes accidents chez leurs opérés.

Dans un cas de fissure anale, Guyon constata que la chloroformisation, qui ne s'obtint qu'à travers des péripéties très pénibles, fut suivie d'un état syncopal très grave.

En janvier 1873, M. Guyon opéra, avec le concours de M. Campenon, une malade qui souffrait horriblement. La chloroformisation fut accompagnée d'agitation considérable et prolongée, puis bientôt de tendances syncopales. On crut devoir la suspendre et pratiquer rapidement la dilatation du sphincter. Mais, malgré la cessation de la chloroformisation, la tendance syncopale persista pendant plusieurs heures (*Thèse de Ducamp*).

En suivant la statistique des accidents survenus par l'administration du chloroforme, on remarque, dit Kidd, que le plus grand nombre des accidents surviennent, non à la suite de grandes opérations, mais plutôt à propos d'opérations légères et courtes.

Dans un relevé de 77 cas mortels, M. Perrin a constaté que 18 résultaient de petites opérations.

Sabarth donne un relevé de 112 cas d'accidents survenus à la suite de la chloroformisation et l'on constate que sur ces 112 cas, 40 appartiennent à des opérations de courte durée.

Le rapport du comité de chloroforme de la Société de médecine et de chirurgie de Londres, relève 106 cas mortels, et sur ce relevé on en trouve 60 consécutifs à des opérations banales.

Mais ce qu'il y a de plus intéressant dans ces relevés et qui reste inexpliqué ; c'est que parmi ces cas de mort, la plupart résultent d'opérations faites sur les organes génito-urinaires et sur l'anus. Ainsi sur les 40 cas pris sur le

relevé de Sabarth, il y en a 10 pour ces régions, sur les 60 de la Société royale de Londres, on en relève 30 pour les mêmes organes.

Quelle explication fournir? Y a-t-il là des raisons de vitalité organique?

Tous les auteurs qui ont écrit sur l'anesthésie chirurgicale, ont noté les dangers qu'elle présentait chez les individus atteints de chloro-anémie. Serait-ce là la véritable cause des accidents relatés? Passons en revue les opinions de ces auteurs.

Giraldès signale l'extrême danger qu'il y a à donner du chloroforme à ces malades qui sont dans un état de chloro-anémie profonde et chez lesquels le système nerveux est dans une sorte d'équilibre instable.

« La cause des accidents, dit M. Perrin, est en pre-
» mière ligne, un état particulier de l'organisme, où le
» système nerveux devient très impressionnable, fonctionne
» sans régularité et n'offre aucune force de résistance.
» Parmi les causes capables de la produire, il faut citer la
» crainte immodérée de l'opération, la diète, une absti-
» nence un peu prolongée, les souffrances extrêmes. »

Ce sont bien là tous les caractères de la fissure intolérante de l'anus.

Boyer avait déjà remarqué que la fissure à l'anus affectait avec une sorte de prédilection les personnes nerveuses et produisait à sa suite, l'amaigrissement, une irritabilité extrême et de l'hypocondrie.

« La plupart des malades, dit Gosselin, épuisés par la souffrance et par une abstinence prolongée, tombent dans un état de chloro-anémie des plus rebelles. »

Chez les individus dont le système nerveux est très impressionable, dit Chassaignac, on voit survenir toute la

série des accidents névralgiques, depuis l'agacement nerveux, jusqu'aux convulsions et à la syncope.

Les douleurs horribles qui tourmentent les malades, dit Curling, ébranlent et déprimment son système nerveux; plus loin il ajoute : Les affections du rectum donnent souvent lieu à des souffrances non-seulement vives, mais encore susceptibles de s'accompagner d'une dépression générale et d'une anxiété morale extrême.

Voilà peut-être l'explication des difficultés et des dangers qu'offre la chloroformisation des fissuraires et des individus atteints d'affections des organes génito-urinaires. Comme chez tous les sujets dont le système nerveux est fortement ébranlé, la période d'excitation peut-être très longue. D'autres fois, au contraire, quelques aspirations de vapeurs anesthésiques auront sur ces individus un effet presque foudroyant, ils tombent dans un état de résolution si complète qu'il faut lutter contre elle longtemps pour réveiller le malade. D'autres après avoir été opérés, tombent dans un état d'anéantissement complet et des plus inquiétants.

Perrin et Snow signalent cette aggravation survenant après les opérations, chez les individus affaiblis par l'âge, la misère, les excès, les hémorrhagies et en première ligne par les affections des voies urinaires. « Je n'ai vu, dit Snow, que trois fois une dépression extrême et même la syncope provenir de l'emploi du chloroforme, chose remarquable ce fut toujours dans des opérations pratiquées sur le rectum. Vouloir conjurer ces dangers par une chloroformisation incomplète, serait se faire illusion; car si l'on se contente d'engourdir le malade, les accidents peuvent encore survenir. »

Magendie et Claude Bernard ont montré qu'une anesthésie incomplète suffirait pour produire l'arrêt du cœur,

sur 18 cas de mort, il y en a 10 où l'anesthésie était incomplète.

Devant de tels faits, que faire? imiter Guyon et Courty qui supprimeut absolument l'emploi du chloroforme dans le traitement des fissures anales par la dilatation. Mais faudra-t-il, à leur exemple, ne pas abandonner la dilatation? Oui, quand la fissure sera ancienne, que la cicatrisation sera de longue durée; car la récidive est presque la règle dans ces cas. Ce serait alors exposer le malade aux dangers d'une deuxième dilatation et l'exposer deux fois aussi à tous ceux que l'on reproche à la méthode sanglante. C'est ce que nous établirons plus loin.

Mais quand l'ulcère sera récent, qu'il sera superficiel, que le sphincter ne sera pas hypertrophié et ne donnera pas au doigt une sensation de bande de caoutchouc et que la douleur ne sera pas excessivement vive; la dilatation ne sera pas contre-indiquée.

Comment agit ce procédé opératoire? Le mode d'action de cette opération est absolument le même que celui de l'incision superficielle du sphincter au niveau de la fissure. En effet qu'arrive-t-il dans cette dernière opération? Il y a section de la muqueuse et de quelques fibres mises à nu au fond de la plaie et puis modification de la fissure qui la rend propre à une prompte cicatrisation. Eh bien! il se passe probablement la même chose dans la dilatation forcée du sphincter. Evidemment la muqueuse subit par la déchirure une modification semblable à celle que donne l'incision superficielle qui suffit seule dans ce cas, à amener la guérison. Il y a en outre, déchirure des fibres du sphincter en plusieurs endroits, au lieu d'une section en un seul point.

Observation I.

Chloroformisation suivie de mort publiée par M. Lefort, bulletin de la Société de chirurgie

Le nommé Rog... âgé de quarante-trois ans, bien constitué, d'apparence robuste rentre à l'hôpital de Beaujon atteint d'une fissure intolérante. On doit l'opérer par la dilatation.

Soumis au chloroforme, le malade respirait des vapeurs anesthésiques avec une certaine répugnance, ce qui obligea à une lenteur plus grande dans la chloroformisation.

La période d'excitation fut lente à venir; elle s'accompagna, comme d'ordinaire, de crachements de salive; les contractions musculaires durèrent assez longtemps, accompagnées d'un peu de congestion de la face, mais dans les limites ordinaires. Enfin la résolution survint; rien n'était anormal.

On fit alors tourner légèrement le malade sur le côté gauche et on procèda à la dilatation qui ne demanda que quelques secondes.

Le chirurgien s'éloigna de quelques pas pour aller se laver les mains; il se rapprochait du lit en se les essuyant c'est-à-dire deux ou trois minutes après, lorsqu'il entendit la respiration de l'opéré devenir bruyante, tous les procédés furent employés, pour faire respirer le malade et après une demi-heure de tentatives, il fallut perdre tout espoir.

Obs. II. — Une dame de la clientèle de Dolbeau souffrait d'une fissure à l'anus, soumise ru chloroforme et opérée par la dilatation on eut beaucoup de peine à la réveiller. Elle prononçait quelques paroles, se rendormait et allait se refroidissant. Cet état se prolongea pendant près d'une heure. (*Bull. de la Société de chirurgie*).

III. — M^me^ X... âgée de trente-un an atteinte d'une fissure à l'anus fut soumise au chloroforme et dilatée. Elle tombe vite en résolution absolue et il a fallu trois quarts d'heure d'efforts pour faire rétablir les mouvements respiratoire. (Thèse de Ducamp).

IV. — Une dame de quarante ans, atteinte d'une fissure à l'anus qui après trois ou quatre inspirations tombe en résolution. (Th. Ducamp).

V. — Un jeune homme de vingt ans, mêmes phénomènes que dans l'observation IV. (Th. Ducamp).

Méthode sanglante

A cette méthode se rattachent plusieurs procédés et tous se recommandent à nous par les noms de ceux qui les ont préconisés ; 1° Incision complète du sphincter (procédé de Boyer) ; 2° Myotomie sous-muqueuse de Blandin. — Excision de Mothe. — Écrasement linéaire. — Opération mixte de Gosselin.

Incision complète. — Voici de quelle manière, Boyer décrit ce procédé dont il est l'auteur. « Le malade a pris trois jours avant, un purgatif doux, et le jour même un lavement laxatif, afin de débarrasser le conduit intestinal et pour que le besoin d'aller à la selle ne se fasse pas sentir pendant plusieurs jours. Je le fais coucher sur le côté, comme pour l'opération de la fistule à l'anus; je porte le doigt indicateur de la main gauche, enduit de cérat, dans le rectum et sur ce doigt, je fais glisser à plat un bistouri, dont la lame très étroite est arrondie à son extrémité. Le tranchant de ce bistouri est alors dirigé vers le côté droit ou gauche, selon le lieu qu'occupe la gerçure, et je divise d'un seul coup les membranes intestinales, les sphincters, le tissu cellulaire et les téguments. Je forme ainsi une plaie triangulaire dont le sommet répond à l'intestin et la base à la peau ; il est quelquefois nécessaire d'allonger celle-ci, je le fais d'un coup de bistouri. Lorsque la gerçure est située en avant ou en arrière, je ne la comprends pas dans l'incision. On introduit ensuite dans la plaie une grosse mèche. On tamponne légèrement avec de la charpie, on applique plusieurs compresses longuettes, et le tout est maintenu par un bandage semblable à celui dont on fait usage dans l'opération de la fistule à l'anus. Il est rare

qu'il survienne une hémorrhagie, une compression légère suffit toujours pour arrêter le sang. On ne lève ce premier appareil qu'au bout de deux à trois jours ; et l'on panse ensuite à plat avec un plumasseau couvert de cérat, jusqu'à ce que la cicatrice soit entièrement fermée ; dans les premiers jours, le pansement doit être renouvelé plusieurs fois dans la journée, et chaque fois on lave la plaie et ses environs avec de l'eau de guimauve. Depuis l'instant de l'opération, le malade ne souffre plus d'autres douleurs que celles d'une plaie ordinaire. » Nous examinerons plus loin cette méthode.

Myotomie sous-muqueuse. — Frappé des dangers de l'incision profonde de Boyer ; Blandin a proposé d'appliquer la méthode sous-cutanée ; il faisait une petite ouverture à la peau à 1 ou 2 centimètres de l'anus ; faisait glisser ensuite un ténotome par cette ouverture, et coupait le muscle de la partie profonde à sa partie superficielle. Ce procédé ne met pas à l'abri des récidives, car il laisse l'ulcère dans son état primitif.

Excision. — Conseillée par Celse, Avicenne, Lemonnier, Mothe (de Lyon), l'excision a été reprise par Jobert et Velpeau. Les fesses étant écartées, on saisit le point du contour de l'anus où existe la fissure au moyen d'une pince à griffes, et on enlève d'un seul coup avec des ciseaux courbes ou un bistouri, toute la solution de continuité en ayant soin de respecter les tissus musculaires. Un pansement simple est appliqué, et en général, la guérison ne se fait pas attendre plus de huit à dix jours.

Critique. — Il est bon nombre de malades chez lesquels il serait difficile de déplisser aussi complètement l'anus. Chez d'autres, il doit être plus difficile encore de saisir avec des pinces la membrane muqueuse qui tapisse son

trajet, surtout chez ces malades, qui, au moindre contact, se rejettent en avant et serrent fortement les fesses et l'anus. Il est incontestable, en outre, qu'une plaie par abrasion est fâcheuse dans une région si riche en veines. D'où vient la nécessité d'une excision en surface, lorsque souvent la simple incision de la muqueuse et du tissu cellulaire pourront suffire. Cette méthode a, en outre, le grand tort de ne pas s'attaquer à l'élément qui entretient la maladie, la contracture. Chassaignac a été très sévère pour cette méthode, et a dit en parlant d'elle « c'est prendre l'ombre pour la proie. » Il n'y a qu'un seul cas, où ce procédé puisse être indiqué; c'est lorsque la fissure siège sur un petit tubercule hémorrhoïdal; on enlève celui-ci avec des ciseaux courbes.

Écrasement linéaire. — Voici de quelle manière Chassaignac décrit ce procédé dont il est l'auteur. On endort le malade, s'il craint trop la douleur. Le chirurgien fait pénétrer à 1 centimètre et demi, 2 centimètres au plus de l'orifice anal, un trocart courbe dont il reçoit la pointe entre les deux premiers doigts de la main gauche, qu'il a préalablement placés dans l'intérieur du rectum. Lorsque ce premier temps est accompli, on fait ressortir à travers l'anus. la pointe du trocart qui a compris dans son trajet, l'épaisseur plus ou moins complète du sphincter, on fait alors pénétrer dans l'extrémité libre de la canule dont on a retiré le poinçon, une chaîne que l'on ramène de la muqueuse vers la peau en même temps que la canule et l'on termine l'opération par la section de tous les tissus compris dans l'anse formée par la chaîne. Le pansement est simple; il consiste à appliquer pendant les premières vingt-quatre heures, un bandage en T soutenant quelques compresses d'amidon. Les jours suivants on se borne à

saupoudrer la région anale avec de l'amidon. Point de suppuration. Cicatrisation isolée des deux lèvres de l'incision. » Ce procédé qui a obtenu des succès entre les mains de l'auteur, mais qui paraît très compliqué, pourrait rendre peut-être des services quand on aura affaire à un anus induré ou chargé de tumeurs hémorrhoïdales volumineuses.

Opération mixte. — M. Gosselin commence par dilater avec beaucoup de ménagements l'orifice anal, il se sert des index comme indicateurs parce qu'ils sont moins volumineux que les pouces. Il arrête l'opération lorsqu'il aperçoit l'extrémité supérieure de la fissure et que la dilatation a produit un relâchement suffisant du sphincter. Il incise alors la fissure, en ayant soin de ne sectionner que le quart du sphincter. Une petite mèche cératée de 25 à 30 brins seulement est mise entre les bords de la plaie et renouvelée tous les jours jusqu'à complète guérison. Si cette dernière se faisait attendre, on cesse l'emploi des mèches induites de cérat pour les remplacer par des mèches recouvertes d'une pommade à la ratanhia. Gosselin s'est toujours bien trouvé de ce mode d'opération. La dilatation ne sert ici probablement qu'à aider l'opérateur en lui permettant de faire son incision sur la fissure et ne doit pas contribuer à la guérison, l'incision du quart du sphincter étant à peu près toujours suffisante.

Critique de la méthode de Boyer.

L'incision de Boyer manque rarement son but, elle met plus sûrement à l'abri des récidives que tout autre procédé. Mais c'est une opération grave, sanglante qui nécessite des pansements assidus et un traitement consécutif long.

Est-il nécessaire de recourir toujours à cette incision complète du sphincter? Boyer le croyait. Partant, en effet, de ce principe par trop absolu que tout ce qui ne s'attaquait pas au muscle contracturé était voué à l'insuccès, il voulait l'incision du muscle et son incision en totalité. Doué d'un rare bon sens et logique dans ses déductions, dit Chassaignac, il voulait en une seule fois débarrasser le patient d'une si cruelle affection et ne pas laisser place à la perspective d'une opération ultérieure. Aussi voulait-il à tout prix empêcher une réunion trop facile des deux lèvres de la plaie et telle était sa préoccupation, et comme l'ont prouvé les événements, son erreur, il voulait que la plaie suppurât, et pour cela il prescrivait l'usage de mèches entre les lèvres de la plaie, mèches dont il diminuait progressivement le calibre, jusqu'à ce que la cicatrisation fût complète.

Cette première erreur était suivie d'une seconde, car Boyer voulait l'incision profonde qui, pratiquée dans cette région, devait faire craindre de nombreuses complications.

Ce fut la crainte de ces complications qui fit le succès de la dilatation que l'on regarda comme relativement favorable et on dilata avec autant de confiance qu'on avait incisé. Cependant, ces accidents si redoutés ne se produisirent pas entre les mains de Boyer, mais entre celles de Velpeau, cette opération fut suivie de deux cas de mort.

Curling, de son côté, cite deux cas où, après l'incision et la guérison, le muscle se trouva insuffisant et produisit une incontinence des matières fécales. Mais est-il donc toujours nécessaire de faire une incision si profonde pour répondre aux indications que nous avons posées, à savoir : le relâchement temporaire du sphincter et la transformation de l'ulcère en plaie simple? Dupuytren ne le pensait pas, et la pratique lui a donné raison.

Incision superficielle du fond de la fissure. — Dupuytren proposa, en effet, l'incision simple du fond de la fissure, en ne comprenant dans cette incision que l'épaisseur de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-muqueux.

Mais, malheureusement ce procédé est à peu près toujours infidèle avec les ulcères à bords calleux, c'est ce que constate Allinghan dans ce passage de son traité des maladies du rectum. « Sans doute, dans quelques cas de fissure » récente, à bords non encore indurés, une incision superficielle pratiquée sur le fond de la fissure, de manière à » diviser les fibres musculaires situées immédiatement au-» dessous de l'ulcération peut suffire; mais, d'autre part, » j'ai vu fréquemment échouer les petites incisions, et je » suis assuré qu'une incision modérément étendue, suffi-» sante pour produire le relâchement du sphincter et main-» tenir les parties dans le repos absolu, est de beaucoup » la méthode la plus sage. »

La récidive avec l'incision superficielle est naturelle et son mécanisme est facile à établir. Le muscle, situé audessous de l'ulcère qui est irrité et hypertrophié, empêchera par ses mouvements l'ulcération de guérir et la douleur fera vite sa réapparition.

Faire une incision plus profonde que ne le conseille Dupuytren, est une nécessité, car le sphincter étant sectionné, les fibres divisées se rétractent et ne se réunissent pas aussi promptement que l'ulcération guérit. Quelle profondeur devra-t-on donner à l'incision? Elle devra être d'un quart de pouce au moins, dit M. Allingham, c'est également à cette profondeur que s'arrête M. le professeur Gosselin lorsqu'il conseille de sectionner la moitié du sphincter.

Quelle que soit la profondeur de l'incision, le procédé opératoire serait le suivant : Placer son index dans l'intestin et reconnaître le siège de la fissure, conduire sur son

doigt un bistouri droit, boutonné, et tournant le tranchant vers le fond de l'ulcération, on l'incise; ou bien la lame du bistouri peut être couchée à plat sur l'index et tous les deux être introduits dans l'intestin; l'incision se fait ensuite. La plaie n'est pas toujours de profondeur égale, on pourrait alors comme M. le professeur Oré, faire la section par de petits mouvements de scie ou bien faire l'incision de l'intérieur à l'extérieur qui est plus complète et plus uniforme, car tous les tissus musculaires, graisseux, charnus et muqueux, saisis et soulevés par l'instrument, sont tous incisés sur un même plan. Tandis qu'en incisant de la circonférence interne de l'anus vers l'extérieur, on a rarement une plaie de profondeur égale dans tous ses points, parce que les fibres qui occupent la partie moyenne se laissent profondément diviser à cause de leur tension, tandis que les tissus superficiels fuient sous l'instrument tranchant.

L'opération faite, les soins consécutifs sont très simples. Une petite mèche de coton pourra être placée dans la plaie et laissée de vingt-quatre à quarante-huit heures, et l'on maintiendra la constipation pendant trois jours; mais si la plaie n'arrivait pas assez vite à la cicatrisation, il faudrait alors se servir de mèches enduites d'une pommade à la ratanhia.

Habituellement, dit Allingham, il n'y a pas lieu de tenir le malade au lit, mais il serait prudent de lui en ordonner le séjour; la station droite doit lui être expressément défendue; le repos sur un sofa, pendant quelques jours, est, dans les cas simples, tout ce qu'il faudra. Mais lorsqu'il existe une complication utérine, il faut alors que la malade soit tenue sévèrement à un repos absolu.

En Angleterre, l'incision demeure à peu près le seul traitement de la fissure anale; on se contente de section-

ner les trois quarts du sphincter et l'on panse à plat, sans mèche d'aucune sorte.

Allingham, voulant mettre en pratique la dilatation, qui est le procédé opératoire employé par le plus grand nombre des chirurgiens français, avoue qu'après un essai loyal et complet, il ne reconnaît pas à cette méthode les mêmes avantages qu'à l'incision.

En Allemagne, l'incision légère du fond de l'ulcération, en y comprenant les fibres du sphincter mises à nu, incision dont ils attribuent la paternité à Copeland, est adoptée par la plupart des chirurgiens. Mais si l'ulcère récidive, ou si, avant toute opération, l'ulcère présente tous les caractères des fissures anciennes, ils pratiquent l'incision complète du sphincter.

Malgaigne, Sedillot, Laugier, etc. ont toujours employé l'incision et ont toujours obtenu des succès. Je laisse ici la parole au professeur Laugier qui reconnaît la supériorité de cette méthode sur toutes les autres : « La méthode de l'incision, dit Laugier, est la plus simple et la moins longue que l'on puisse employer. Elle a constamment réussi entre mes mains, et alors même que l'introduction du doigt est impossible à cause des horribles douleurs éprouvées par quelques malades, on peut encore la pratiquer à l'aide du bistouri boutonné seul ou d'un bistouri caché dont il est facile de diriger la lame vers le fond de la fissure. »

Avant de terminer ce qui a rapport au traitement, je vais dire quelques mots des cas ou toute opération paraît devoir être contre-indiquée.

Quand la fissure siège sur une hémorrhoïde, ou qu'elle est compliquée de cette affection, on devra, d'une manière générale, recourir aux moyens médicaux, au traitement par le ratanhia suivant les principes fixés par Trousseau, plutôt qu'à un moyen chirurgical qui, malgré toutes les

précautions, pourrait donner lieu à des accidents sérieux, et surtout à une hémorrhagie. Cette règle s'adresse particulièrement au cas où les hémorrhoïdes seraient étranglées; il faut, avant tout, calmer cette inflammation et attendre que les hémorrhoïdes soient flétries. C'est donc plutôt ici le traitement des hémorrhoïdes qu'on aura à faire que celui de la fissure même. Cependant, si la fissure siège à l'entrée de l'anus, et s'il n'y a que des hémorrhoïdes internes, il est évident que le chirurgien pourra intervenir.

La même prudence devra guider le chirurgien, lorsqu'en même temps que la fissure, existera une complication utérine, car si la fissure est consécutive soit aux hémorrhoïdes soit à l'affection utérine, la disparition de ces deux dernières peut suffire à guérir la fissure ou du moins l'ulcération cèdera ensuite aux applications locales et au traitement général.

Lorsqu'il existe une fissure compliquée de polypes muqueux ou fibreux, si vous n'enlevez pas le polype en même temps que vous incisez l'ulcération, l'insuccès est certain. (Allingham).

Lorsque, inversement, ce sera la fissure qui se compliquera de désordres utérins, l'opération sur le sphincter fait disparaître et la fissure et ses complications.

« J'ai vu, dit Baker-Brown, bien des cas dans lesquels » on avait employé la sonde et le speculum et dirigé tout » le traitement contre l'état de l'utérus et sans succès et » qui étaient immédiatement guéris par une petite opéra» tion sur le rectum. » En un mot, il y aura là plusieurs particularités dans le traitement que le médecin saisira sans peine.

En résumé, la fissure à l'anus étant d'autant plus grave qu'elle est ancienne, on devra la soigner le plus près pos-

sible de son début. A ce moment, le traitement médical et surtout celui de Trousseau (lavements de ratanhia et pillules de belladone) pourra réussir. Si le traitement médical se prolongeait trop, il nous resterait deux procédés opératoires : l'incision de Copeland et la dilatation forcée. Mais cette dernière n'est habituellement sans récidive que lorsque la fissure saigne et se déchire dans le sens vertical. « Ces résultats, dit M. Gosselin, sont sans aucun inconvénient et sont plutôt avantageux. » Sans aucun doute, ils seront avantageux, puisque la fissure venant à se déchirer et à saigner, on agit sur cette fissure, comme on agit en l'incisant.

Ce serait donc compliquer inutilement l'incision du fond de la fissure qui, à elle seule, amène des résultats sûrs.

Mais quand la maladie est ancienne, que l'ulcération est calleuse, que le sphincter est hypertrophié, à quel procédé recourir? la dilatation et l'incision, les deux seuls procédés opératoires à employer, offrant tous les deux les mêmes dangers; mais l'incision étant la méthode la plus simple, la moins douloureuse, celle qui récidive le moins, c'est à elle que nous devrons avoir recours.

Observation II.

X... âgé de trente-deux ans, est atteint au mois de février 1882, de douleurs excessivement vives de l'anus, il a une constipation habituelle depuis quelque temps et rattache volontiers la cause de son mal à cet accident. Il a du ténesme et les douleurs sont tellement violentes, qu'il pousse des cris chaque fois qu'il va à la garde-robe; après avoir épuisé tous les moyens sédatifs, il vient consulter M. Oré qui lui propose, pour le guérir, la section du sphincter externe au moyen du bistouri.

Il ne veut à aucun prix être anesthésié, il promet de supporter bravement cette petite opération. Il a pris la veille une légère purgation

et le matin avant l'opération, on lui a fait administrer un lavement. Rien de particulier à noter au sujet de l'anus qui n'offre aucune dilatation hémorrhoïdaire soit récente, soit ancienne. L'introduction de l'index est excessivement douloureuse, M. Oré glisse un bistouri boutonné sur le doigt et, par un mouvement de scie, sectionne le sphincter à son pôle postérieur, la plaie de l'anus n'a intéressé que la muqueuse et le muscle, il s'écoule quelques gouttes de sang et le malade, après avoir accusé une assez vive douleur au moment de la section, nous dit avoir la sensation d'une brûlure très intense que l'on calme rapidement avec des compresses d'eau froide. Lorsque la douleur tend à disparaître, deux heures environ après l'opération, M. Oré place dans l'anus une mèche de charpie enduite de cérat.

Pendant la nuit qui succède à l'opération, le malade dort bien; le lendemain soir, selle légère qui s'opère sans trop de douleurs, on place une nouvelle mèche plus petite que la veille. Les selles sont de jour en jour moins douloureuses. Il y a une incontinence assez marquée pendant les six premiers jours; mais, après ce laps de temps, le sphincter reprend sa tonicité et l'incontinence disparaît. Dix jours après, il quittait Bordeaux pour regagner une ville voisine où l'attiraient ses occupations. Depuis, il n'a jamais plus souffert.

Observation III.

X..., conducteur des ponts et chaussées, souffre depuis longtemps au niveau de l'anus, selles très douloureuses, constipation habituelle. Il épuise en vain tous les moyens médicaux et vint consulter M. Oré durant le courant de l'année 1878. Pas d'hémorrhoïdes anciennes ni récentes, le sphincter externe est fortement contracturé, l'examen de l'anus est difficile. M. Oré découvre, dans un des plis de la partie postérieure de l'anus, une fissure de petit diamètre et propose la section du sphincter. Lavement purgatif le matin même de l'opération, pas d'anesthésie, section du sphincter par la méthode suivante : M. Oré introduit l'index dans la partie inférieure du rectum, puis après avoir fait glisser un bistouri boutonné sur la face antérieure du doigt qui regarde le pôle postérieur de l'anus; il sectionne en cet endroit le sphincter en exécutant de petits mouvements de scie, pas d'hémorrhagie, la douleur est supprimée immédiatement après l'opération, mèche enduite de cérat. Pendant dix jours consécutifs, on

place, de jour en jour, des mèches de plus en plus petites, puis après ce laps de temps, le sphincter ayant repris sa tonicité, l'opéré reprend ses occupations.

Observation IV.

Mme C... cinquante ans, bon tempérament, a toujours joui d'une bonne santé, a eu des enfants qui sont bien portants. Constipation depuis quelques mois durant le courant de l'année 1880. Mme C... sans jamais avoir eu d'hémorrhoïdes se plaint d'une douleur très vive à l'anus, les selles sont particulièrement douloureuses, elle a recours aux purgatifs, aux lavements, mais les douleurs augmentent, elles acquièrent une très forte acuité, elle vont s'irradiant dans le périnée et la vulve et deviennent intolérables.

Mme C... vient consulter M. Oré, qui après un examen de l'anus retrouve dans un des plis latéraux de la muqueuse l'ulcération douloureuse cause de tout le mal. Mme C... accepte l'opération qui s'effectue avec les mêmes précautions que les précédentes, pas d'anesthésie, section du sphincter externe au niveau de son pôle postérieur. Diminution bien nette des douleurs dans les quelques heures qui suivent l'opération, le lendemain la malade ne ressent plus rien, on place dans l'anus des mèches de plus en plus petites et après douze jours tout est rentré dans l'ordre.

Observation V.

H... quarante ans, entre à l'hôpital Saint-André dans le service de M. le professeur Oré, pendant le mois d'août 1873. Douleur très vive au niveau de l'anus ayant débuté il y a deux mois. Depuis quelques jours le mal va s'aggravant et les douleurs devenant intolérables, il réclame à hauts cris une intervention chirurgicale. On tente quelques moyens palliatifs, aucune amélioration ne se produisant, on lui propose la dilatation brusque dirigée à la fois dans le sens antéro-postérieur et latéral, le malade se plaint au réveil d'une douleur sourde s'irradiant dans les lombes, le périnée et la verge. On place une mèche enduite de cérat, le malade déclare le lendemain qu'il souffre beaucoup, il essaye d'aller à la selle dans la journée, mais les

phénomènes douloureux s'accentuent, huit jours se passent et le malade se plaint de douleurs plus intenses qu'avant l'opération.

On examine de nouveau l'anus, qui est très douloureux et fortement contracturé. Un point bien déterminé de la muqueuse semble particulièrement sensible, M. le professeur Oré propose séance tenante la section du sphincter au bistouri sans anesthésie. Elle se pratique suivant son procéde, le malade peut quitter l'hôpital au bout de vingt jours absolument rétabli.

CONCLUSIONS

1° Quand la fissure sera récente l'incision superficielle du fond de la fissure avec les fibres musculaires mises à nu, parait devoir être la méthode la plus rationnelle.

2° Quand la fissure est ancienne, il faut absolument recourir à la section du sphincter comme étant la méthode la plus simple et la moins douloureuse ; et rejeter absolument la dilatation qui offrant les mêmes dangers que l'incision n'en offre pas tous les avantages.

3° Lutter contre la chloro-anémie qui est la conséquence presque inévitable du régime exigu que s'est volontairement imposé le malade et des douleurs atroces qu'il a endurées.

4° Les accidents de chloroformisation semblant dépendre souvent de la région sur laquelle on opère et surtout de peu de résistance qu'offrent les fissuraires à l'action de l'anesthésique, le chloroforme est contre indiqué. On pourra faire usage de l'anesthésie locale.

Vu bon à imprimer :
Le président de Thèse,
Dr ORÉ.

Vu le Doyen de la Faculté,
Dr DENUCÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Bordeaux,
H. OUVRÉ.

QUESTIONS DE THÈSE

Anatomie : Des os de la face.

Physiologie : De la contractilité musculaire. — Influence du sang et du système nerveux sur la contractilité musculaire.

Chimie : Les deux oxygènes, soufres divers, les deux phosphores.

Histoire naturelle : Des canaux secrèteurs et des principes immédiats qu'ils contiennent.

Pathologie externe : Des signes de l'étranglement herniaire.

Pathologie interne : Dilatation des bronches.

Pathologie générale : De l'intoxication miasmatique.

Histologie et anatomie générale : Tissu nerveux.

Anatomie pathologique : Myélite.

Médecine opératoire : Des différents procédés de blepharoplastie.

Pharmacologie : Des gelées et des pâtes.

Matière médicale : Gommes résines employées en médecine.

Thérapeutique : Médications et traitements, les distinguer et les diviser.

Hygiène : Des aliments.

Médecine légale : Questions médico-légales soulevées par le mariage, sa solidité, sa dissolution.

Accouchements : De la présentation de la face.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.